PUBLICATIONS DU MOUVEMENT MÉDICAL

CLINIQUE DE LOURCINE

DU

SARCOCÈLE SYPHILITIQUE

LEÇONS PROFESSÉES

PAR LE Dr ALFRED FOURNIER

Médecin des Hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté

Recueillies et rédigées par A. PICHARD

Élève du Service

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1875

Tous droits réservés.

EXTRAIT DU *MOUVEMENT MÉDICAL*

Septembre, Octobre et Novembre 1874.

DU

SARCOCÈLE SYPHILITIQUE

Messieurs,

Le testicule et ses annexes sont assez fréquemment affectés par la syphilis.

Les lésions que la syphilis développe sur ces organes ont été longtemps ignorées. Jusqu'à la fin du dernier siècle, elles étaient restées confondues avec les affections testiculaires de nature scrofuleuse, cancéreuse, ou surtout blennorrhagique. Ce fut B. Bell qui le premier distingua avec précision le gonflement syphilitique du testicule du gonflement gonorrhéique, et qui spécifia avec une sagacité rare que certaines lésions testiculaires se produisent en dehors de la blennorrhagie, sous la seule influence de ce qu'il appelle « *la maladie du système* », c'est-à-dire l'infection constitutionnelle. Il signala même d'une façon très-nette quelques-uns des symptômes caractéristiques de cette affection (1). B. Bell a été trop sacrifié, je

(1) *On gonorrhœa virulenta and lues venerea,* Edimbourg, 1793. — Traduction française, par Bosquillon, t. II, p. 193 et suiv.

crois, dans l'historique des questions qui vont nous occuper aujourd'hui, et il convient de lui rendre la part d'hommage qu'on lui a refusée jusqu'à ce jour.

Étudiées ensuite par A. Cooper et Dupuytren, ces lésions commencèrent à être mieux connues. Mais l'histoire pathologique en a surtout été éclairée par M. Ricord, qui, mieux que ses devanciers, décrivit le sarcocèle syphilitique, auquel il donna le nom d'*albuginite*.

Depuis l'époque où M. Ricord a publié ses travaux, et, n'oublions pas de le dire, grâce à ces travaux, la science a progressé. Or, il est arrivé pour l'albuginite ce qui est arrivé pour beaucoup d'autres types pathologiques. L'unité morbide qu'elle semblait constituer n'était qu'artificielle ; elle a dû être démembrée, divisée en plusieurs types pathologiques indépendants, lesquels, tant au point de vue purement anatomique qu'au point de vue clinique, demandent à être différenciés.

Si bien qu'aujourd'hui, et, réserves faites pour les enseignements nouveaux que pourra nous révéler l'avenir, les manifestations de la syphilis sur les glandes génitales s'élèvent au moins au nombre de *trois espèces*, qui peuvent être dénommées de la façon suivante :

1° *Épididyme secondaire ;*

2° *Sarcocèle scléreux ;*

3° *Sarcocèle gommeux.* — A ce dernier très-probablement se rattache, comme mode de terminaison possible, une des variétés du *fongus bénin testiculaire.*

Étudions tour à tour ces trois ordres de lésions.

1° Épididyme secondaire.

Comme son nom l'indique, l'épididyme secondaire consiste essentiellement en une lésion affectant l'épididyme et se produisant à la période secondaire, c'est-à-dire dans un stade jeune de la diathèse.

Or, à ce double point de vue, cette lésion se distingue nettement de celles que nous aurons à décrire plus loin.

En premier lieu, c'est une lésion qui se *localise sur l'épididyme*, sur l'épididyme seul, le testicule restant indemne. Il est très-rare, exceptionnel même, que dans cette forme le testicule soit affecté simultanément avec l'épididyme. En cela cette forme diffère des suivantes, dans lesquelles il est de règle au contraire que la lésion porte sur le testicule.

C'est, en second lieu, une *manifestation précoce* de syphilis, se produisant dans le cours de la période secondaire. C'est même une manifestation jeune de cette période, se développant presque toujours dans le premier semestre qui suit l'infection, quelquefois dès le quatrième, le troisième mois. Deux fois déjà, pour ma part, je l'ai vue se produire plus prématurément encore, deux mois et demi après le chancre, coïncidemment avec les premières manifestations générales de la diathèse. Chronologiquement donc, cette manifestation est très-différente des autres formes de lésions syphilitiques testiculaires qui ont pour caractère de n'apparaître qu'à une époque bien autrement tardive (1).

Voyons actuellement, au point de vue de la symptomatologie, comment se caractérise l'épididyme secondaire. Cette symptomatologie a été très-bien définie et décrite par mon collègue et ami, le Dr Dron (de Lyon), dans un excellent mémoire que je recommande à vos lectures (2). Elle se résume en ceci :

---

(1) Dans huit cas bien nets, bien tranchés, ou j'ai pu étudier l'affection, je l'ai vue apparaître :

Six fois dans les sept premiers mois à dater du chancre :

Deux fois seulement au dixième et au onzième mois.

Ces chiffres concordent assez bien avec ceux de M. Dron, qui donne le terme de *trois mois et demi* « comme exprimant l'époque ordinaire de l'apparition de la tumeur de l'épididyme dans l'évolution de la syphilis, et en dehors de tout traitement spécifique. »

(2) De l'épididyme syphilitique (tumeur syphilitique de l'épididyme), *in Archives générales de médecine*, 1863. T. II.

D'abord, pas de troubles fonctionnels. Pas de douleurs spontanées. En quelques cas seulement, douleurs légères au début, pendant les premiers jours ; mais cela même est rare, et très-généralement l'affection se distingue au contraire par une *indolence presque absolue*. Cette indolence est telle que les malades ne s'aperçoivent guère de leur affection que *par hasard*, en se touchant accidentellement les bourses. Et alors ils constatent, non sans étonnement, qu'ils portent là « un petit calus ». Souvent ils ne s'inquiètent pas de cette lésion minime par la raison qu'ils n'en souffrent pas. D'autres fois ils accourent vers le médecin, qui constate l'existence d'une *nodosité dure* dans un épididyme ou dans les deux épididymes, car, avec une fréquence presque égale, tantôt un seul de ces organes est pris, tantôt l'un et l'autre sont affectés simultanément.

Cette nodosité, qui atteste une infiltration partielle de l'épididyme par un néoplasme, a pour caractère d'être presque toujours circonscrite à la *tête* de l'épididyme (globus major) ; localisation remarquable, car elle est juste inverse de celle qu'on observe dans l'épididymite blennorrhagique, où la queue de l'organe est plus spécialement affectée (1).

Le volume de cette nodosité est généralement minime, comparable à un pois, à une groseille, à une petite noisette, tout au plus à une olive. Une seule fois M. Dron l'a vue égaler une petite noix.

La forme en est assez souvent arrondie, pisiforme ; d'autres fois allongée, olivaire, elle reproduit assez exactement ce qu'est la tête de l'épididyme tuméfié.

La consistance en est toujours remarquable, et rap-

---

(1) Si l'on a quelquefois observé, dans la syphilis secondaire, des infiltrations de *tout* l'épididyme, cela n'est, je crois, que le cas exceptionnel, et, pour ma part, je n'en ai pas encore rencontré d'exemple. La règle, c'est au contraire que l'infiltration soit *partielle*, circonscrite à un département de l'épididyme.

pelle la dureté habituelle du néoplasme syphilitique à l'état de crudité.

De sorte que par son volume, sa forme et sa consistance, cette nodosité représente assez bien ce que serait un pois, un haricot introduit dans un épididyme sain.

Elle se laisse du reste facilement explorer. Elle est même remarquablement indolente au palper et à une pression assez vive. — Finalement, elle ne se montre pas moins aphlegmasique par l'ensemble de ses autres caractères. A son niveau, nulle rougeur des téguments ; autour d'elle, nul empâtement, pas le moindre signe d'inflammation locale. — Somme toute, cette nodosité semble n'être qu'un néoplasme déposé *à froid* dans le tissu épididymaire.

En quoi consiste cette petite lésion ? Cela, nous l'ignorons, car jusqu'à ce jour nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer une seule autopsie d'épididyme secondaire.

Que deviendrait-elle, abandonnée à elle-même ? Nous ne le savons guère mieux, car on n'a pas fait encore, et je n'ai pas l'envie de faire pour ma part, l'expérience qui consisterait à laisser évoluer ces nodosités secondaires de l'épididyme en parfaite liberté. Les médecins qui les ont rencontrées jusqu'ici, les ont traitées et les ont guéries, voilà tout ce que je puis vous en dire.

Mais ce que nous savons en revanche, c'est que, soumises au traitement spécifique, elles guérissent très-facilement, se résorbent en quelques semaines et disparaissent complétement, sans laisser à leur suite ni troubles fonctionnels, ni traces sensibles de leur passage.

Quel est donc l'intérêt de cette petite lésion, et quelle raison m'a conduit à vous en parler avant les développements qui précèdent ?

D'une part, c'est une lésion syphilitique, dûment syphilitique, et, à ce titre, elle devait trouver place dans le sujet que nous étudions. D'autre part, il s'y rattache

un intérêt diagnostique et pratique qui n'est pas sans importance, comme vous allez le voir.

Jusqu'à ces derniers temps, on ne croyait guère, — disons mieux, on ne croyait pas — que la syphilis pût produire (surtout à la période secondaire) des infiltrations *isolées* de l'épididyme. Cela même, quelques médecins le contestent encore aujourd'hui, en soutenant que ces prétendus syphilômes épididymaires ne sont rien autre que des épididymites blennorrhagiques, des épididymites scrofuleuses, tuberculeuses, ou des kystes de l'épididyme. Inutile de discuter en détail une telle opinion. Pour en montrer le peu de fondement, il nous suffira de dire que, d'abord, ces lésions ont été rencontrées plus d'une fois chez des sujets n'ayant ni blennorrhagie, ni rétrécissement, ni affection uréthrale susceptible de retentir sur l'épididyme ; et, en second lieu, qu'elles se sont résorbées, guéries sous l'influence du traitement antisyphilitique avec une rapidité significative, ce que n'auraient pas fait assurément des épididymites strumeuses, ce qu'auraient moins fait encore, bien entendu, des kystes épididymaires.

Mais passons sur ce point et revenons à notre sujet. Ces infiltrations syphilitiques de l'épididyme, vous disais-je, n'étaient pas connues jusqu'à ces derniers temps. Qu'arrivait-il donc, lorsqu'on les rencontrait chez un malade? C'est que, dans les cas où il était impossible de les rapporter, soit à une blennorrhagie, soit à un état morbide de l'urèthre, on les considérait comme des manifestations strumeuses, on en faisait des épididymites *tuberculeuses* ou *caséeuses;* et cela, sans même songer à la syphilis comme origine possible de tels accidents, ou en n'y songeant que pour l'exclure. J'ai été témoin, tout le monde a été témoin de diagnostics institués et raisonnés de la sorte. Nombre de fois, soyez-en sûrs, des épididymes simplement syphilitiques ont été réputés tuberculeux, par la seule raison qu'on ignorait, ou qu'on se refusait à croire que des engorge-

ments circonscrits de cet organe, n'affectant pas le testicule, pussent dériver de la vérole. Cette cause d'erreur n'existe plus aujourd'hui. Il est constant en effet par ce que je vous ai dit précédemment, que la vérole peut par elle seule, et en dehors de toute autre influence, déterminer dans l'épididyme — et dans l'épididyme exclusivement, le testicule restant indemne, — des infiltrations circonscrites, indolentes, aphlegmasiques, tout à fait comparables à celles que la scrofule était jugée *seule* capable de produire.

C'est en cela, précisément, que réside l'intérêt principal de la petite, mais importante lésion dont je viens de vous entretenir ; c'est à titre, surtout, que je devais vous la faire connaître.

2° **Sarcocèle scléreux.** (*Testicule syphilitique, albuginite, Sarcocèle hyperplasique,* etc.)

Bien plus importante comme lésion et bien plus commune est la seconde forme de manifestations morbides que la syphilis peut développer sur le testicule. Celle-ci est généralement désignée sous le nom de sarcocèle syphilitique, de testicule syphilitique, ou plus rarement d'albuginite.

Contrairement à la forme précédente, que nous avons vue constituer une lésion secondaire précoce et exclusivement épididymaire, celle qui va nous occuper actuellement a pour caractères : 1° de ne se montrer qu'à une époque relativement plus tardive et quelquefois même reculée ; — 2° d'affecter toujours le testicule, soit isolément, soit conjointement avec l'épididyme.

Quelques mots tout d'abord sur ces deux premiers attributs, qui d'emblée vont établir une différence très-nette entre ce qu'on appelle le « testicule syphilitique » et la forme de lésion que nous avons étudiée tout à l'heure sous le nom d'épididyme secondaire.

I. En premier lieu, le testicule syphilitique, ai-je dit, constitue une manifestation plus tardive que l'épididyme secondaire, bien plus tardive même dans la plupart des cas. Inconnue en effet (sauf exceptions d'un ordre spécial) dans le premier semestre de la maladie, cette lésion est même assez rare dans le second. — Après la première année, elle devient bien plus commune, au point que c'est dans la *deuxième*, la *troisième* et la *quatrième année* qu'elle atteint son maximum de fréquence. — Passé ce terme, sa fréquence diminue de plus en plus ; il n'est pas très-rare cependant de la constater de la cinquième à la dixième année. — Et, enfin, au delà encore, elle redevient, comme au terme opposé de l'échelle, de plus en plus rare et même tout à fait exceptionnelle. Pour ma part, je n'en ai rencontré jusqu'à ce jour que trois cas à dix-huit, vingt, et vingt et un ans de date à compter du début de la maladie.

Si bien qu'au total c'est là sans doute une affection tardive *par rapport à l'épididyme secondaire;* mais ce n'est pas là, tant s'en faut, une affection tardive, absolument parlant. Tout au contraire, le testicule syphilitique est, comme vous pouvez en juger par les chiffres qui précèdent, une *manifestation jeune de syphilis tertiaire*, puisqu'elle a son maximum de fréquence de la deuxième à la quatrième année. C'est même une manifestation tertiaire assez jeune pour que la plupart du temps elle coïncide avec des lésions d'ordre secondaire. Aussi certains auteurs la considèrent-ils moins comme un accident tertiaire proprement dit que comme un accident secondo-tertiaire ou de transition.

II. Second point : Le sarcocèle syphilitique *intéresse toujours le testicule*, et cela soit isolément, soit conjointement avec l'épididyme.

Le testicule est certes le siége de prédilection par excellence de la forme morbide que nous décrivons actuellement. Toujours il est affecté, et les dérogations à cette loi sont véritablement exceptionnelles.

Mais est-il *exclusivement* affecté par la maladie? Pour M. Ricord, dont l'opinion a fait foi pendant longtemps sur cette question, le testicule *seul* serait affecté dans l'énorme majorité des cas, et très-rares, très-exceptionnels seraient les cas où l'épididyme serait intéressé coïncidemment. A l'appui de son dire, M. Ricord invoquait plusieurs faits d'anatomie pathologique, dans lesquels, en effet, il avait rencontré le testicule affecté *seul*, l'épididyme restant absolument indemne. Je ne puis accepter, pour ma part, cette opinion de mon illustre maître; elle me semble excessive et en contradiction avec les faits d'observation clinique. Assurément, le testicule est affecté seul dans la majorité des cas, *mais seulement dans la majorité des cas*. Et nombreux, très-nombreux sont d'autres cas dans lesquels on trouve l'épididyme affecté conjointement avec le testicule. Ainsi, sur 39 malades soigneusement observés à ce propos, je trouve que 18 fois le testicule a été affecté seul, et 11 fois conjointement avec l'épididyme. Ce dernier chiffre constitue, ce me semble, une minorité plus que respectable.

III. Un autre attribut du sarcocèle syphilitique trouve ici sa place naturelle. Mentionnons-le immédiatement, pour que, dès ce préambule, vous ayez une notion générale de l'affection qui va nous occuper.

Abandonné à son évolution propre, le sarcocèle syphilitique présente une *tendance remarquable à envahir les deux testicules*. C'est là un fait sur lequel sont tombés d'accord la plupart des observateurs.

Il est assez rare que, d'emblée, le sarcocèle syphilitique envahisse simultanément les deux testicules. Généralement, il n'en affecte qu'un seul du premier coup. Mais, laissé sans traitement, il ne manque guère d'envahir le second après un certain temps, parfois après quelques semaines, plus souvent après plusieurs mois. C'est là un fait connu de vieille date et dont témoignent quantité d'observations. Nous verrons plus tard quel profit

le diagnostic peut tirer de cette *bi-latéralité* habituelle ou fréquente de la lésion testiculaire.

N'exagérons rien toutefois. La règle que nous venons de poser est loin d'être absolue. Dans nombre de cas on voit le sarcocèle se limiter à une seule glande, alors même qu'il remonte à plusieurs années et qu'il a été abandonné à son évolution propre.

Anatomie pathologique. — En quoi consiste la lésion? Sommairement en ceci : *Hyperplasie conjonctive, puis fibreuse, développée au niveau de l'albuginée et des cloisons celluleuses intra-testiculaires.* Plus simplement, c'est un épaississement hyperplasique de la tunique extérieure et des cloisons intérieures du testicule.

On a pu, d'après quelques autopsies encore peu nombreuses (car l'occasion se présente bien rarement d'examiner des testicules syphilitiques), on a pu, dis-je, constituer de la façon suivante l'évolution progressive de la lésion : Au début, hyperémie vasculaire, et prolifération cellulaire abondante se faisant dans l'albuginée et dans les cloisons cellulo-fibreuses qui prolongent cette membrane à travers le parenchyme testiculaire. — Plus tard, organisation de cette masse néoplasique sous forme d'un tissu blanchâtre, résistant, fibroïde d'aspect. Si bien que le testicule examiné à ce moment, c'est-à-dire alors que la lésion est bien confirmée, se présente d'une part augmenté de volume (conséquence toute naturelle de l'hyperplasie conjonctive qui s'est déposée dans sa trame); — d'autre part recouvert par une enveloppe doublée, triplée, ou même quadruplée d'épaisseur; — et de plus, enfin, segmenté intérieurement par des diaphragmes fibreux, figurant des rayons tendineux blanchâtres, épais, durs au toucher, et résistants sous le scalpel à la façon du tissu aponévrotique. Ces diaphragmes ne sont rien autre que les cloisons normales du testicule infiltrées et hyperplasiées.

Les cloisons intra-testiculaires se trouvant épaissies, hypertrophiées de la sorte, il en résulte tout naturellement que les *loges* circonscrites par elles ont diminué d'autant, ont perdu comme cavité ce qu'elles ont gagné comme diamètre de parois. Or, qu'est-ce qui remplit normalement ces loges? Le tissu testiculaire, les tubes séminifères. Donc, *à priori*, ces tubes séminifères doivent être étouffés, atrophiés par cette prolifération périphérique. C'est en effet ce qui a lieu. Comprimés par la prolifération cellulaire du tissu interstitiel, les canalicules subissent une dégénérescence progressive. Leurs cellules deviennent granuleuses, graisseuses. Puis leurs parois s'atrophient, se détruisent. Et vient un moment où ces canalicules finissent par disparaître complétement, par être *anéantis* sur les points où la prolifération morbide s'est faite avec exubérance. De telle sorte qu'à une période donnée on trouve sur quelques points, dans une étendue variable, des segments de testicule qui ne sont plus du testicule à proprement parler. En ces points, le tissu normal de l'organe, c'est-à-dire le tissu glandulaire, a presque complétement ou même complétement disparu. Et, ce qui le remplace, c'est tout simplement une masse homogène, blanche, tendineuse d'aspect, rénitente, élastique, criant sous le scalpel.

Bref, la lésion aboutit à une dégénérescence fibreuse de l'organe; et ce qui se produit comme résultante ultime de ce processus morbide, c'est une véritable *sclérose testiculaire*.

Cette dégénérescence scléreuse est plus ou moins étendue. Le plus habituellement elle reste partielle, c'est-à-dire circonscrite à quelques départements de l'organe. Parfois cependant elle occupe un tiers, une moitié et même (comme M. Blot en a cité un exemple) les deux tiers du parenchyme testiculaire. Bien plus rarement on l'a vue dépasser ces limites. Tout le testicule néanmoins peut disparaître de la sorte et se convertir en une masse blanchâtre, homogène, dure, d'aspect véritablement

« tendineux ». Ce degré extrême de la lésion constitue la *sclérose testiculaire généralisée.*

Des altérations exactement identiques à celles que nous venons de décrire, s'observent dans l'épididyme, alors que ce dernier organe vient à être affecté conjointement avec le testicule.

Enfin, au contact de viscères ainsi modifiés de structure, la vaginale ne manque guère d'être intéressée d'une façon symptomatique. Tantôt elle se laisse distendre par un épanchement séreux, d'abondance généralement médiocre, comme nous le dirons plus tard. Tantôt elle subit une inflammation adhésive qui en accole et en soude intimement les deux feuillets dans une étendue variable. On a même observé parfois une synéchie complète de la vaginale avec oblitération absolue de la cavité séreuse.

Telle se présente la lésion confirmée. Voyons actuellement ce qu'elle devient au delà, alors qu'elle est abandonnée à son évolution naturelle.

L'évolution ultérieure de la lésion se résume en un mot : *atrophie progressive*. Et, en effet, le tissu fibreux de nouvelle formation, qui s'est produit dans le testicule, subit le sort de tous les dépôts fibreux, de tous les produits inodulaires ; il se rétracte, c'est-à-dire *se résorbe* partiellement. De cette résorption résulte tout naturellement l'atrophie des parties infiltrées. Volumineux, hypertrophié au début par l'hyperplasie conjonctive qui le distendait, le testicule diminue plus tard de proportions, à mesure que cette hyperplasie se concentre et se résout en tissu fibreux. Puis, ce tissu venant à se rétracter, l'organe se réduit parallèlement, reprend d'abord son volume normal, s'abaisse ensuite au-dessous de ce volume, se ratatine de plus en plus, et finalement s'atrophie.

Et alors, de deux choses l'une :

Ou bien la dégénérescence fibreuse n'a été que partielle, lobulaire. Dans ce cas, l'atrophie ne porte que sur

un segment de l'organe, sur le département affecté. Il se fait en ce point une *atrophie lobulaire*, peu appréciable au toucher, se traduisant simplement par une dépression au niveau de la partie affectée;

Ou bien la dégénérescence a été étendue, générale même. Dans ce deuxième cas, l'atrophie portant sur tous les points affectés, l'organe diminue *en masse*, se ratatine en se déformant, en se bosselant, et arrive à n'être plus comparable comme volume qu'à une noix, à une demi-noix, à une châtaigne. En quelques cas même, on l'a vu diminuer davantage encore et arriver à n'avoir plus que le volume d'une olive, d'un haricot. Sur l'un de mes malades, un des testicules était tellement réduit qu'*on avait quelque peine à le trouver dans les bourses;* il n'était certes pas plus gros qu'un noyau de prune; en même temps il était extrêmement dur, et probablement dégénéré en un tissu fibreux, de rénitence cartilagineuse.

Ainsi, en résumé, le sarcocèle syphilitique, envisagé d'un bout à l'autre de son évolution, parcourt les trois phases que voici :

I. Première période : *hyperplasie conjonctive*, infiltrant la trame fibro-celluleuse de l'organe aux dépens de l'élément glandulaire;

II. Seconde période : cette hyperplasie s'organise en tissu fibreux, se constitue en *sclérose;*

III. Troisième période : résorption progressive du tissu sclérosé; *atrophie testiculaire.*

Si la prolifération cellulaire qui est le point de départ de la lésion ne faisait que se surajouter à l'organe, sans en intéresser le tissu glandulaire, elle ne constituerait pas une lésion sérieuse. Mais n'oubliez pas, Messieurs, qu'elle réagit sur les canalicules séminifères, en les comprimant, en les étouffant, en les détruisant. Partout où elle se produit, elle désorganise les éléments sécréteurs du testicule, elle *tue* le testicule en ce point. Et c'est là

ce qui en fait le danger. Que la prolifération soit quelque peu étendue, voilà un segment plus ou moins considérable du testicule anéanti; qu'elle devienne générale, voilà un testicule perdu. Puis, jugez du résultat, si elle se propage d'un testicule à l'autre, comme ce n'est que sa tendance trop habituelle. C'est donc, au point de vue des conséquences physiologiques, à une véritable *castration sous-albuginée*, partielle ou générale, qu'aboutit en définitive le sarcocèle syphilitique. Disparition interstitielle des éléments sécréteurs du testicule, tel est le dernier mot de la lésion.

Étude clinique. — Connaissant actuellement les caractères anatomiques de la lésion, nous allons pouvoir d'autant mieux en apprécier les attributs cliniques.

I. *Spontanéité de développement*, voilà tout d'abord le premier caractère à placer en tête de cet exposé. Spontanéité de développement, c'est-à-dire affection se produisant sans être déterminée par aucune autre cause que l'influence diathésique, sans être provoquée par aucune circonstance occasionnelle, accidentelle; tel est ce qu'on observe, sinon absolument toujours, du moins dans l'énorme majorité des cas.

Quelquefois on a vu certaines excitations incidentes préluder au développement de la maladie et lui servir d'appel. Les causes qui agissent en ce sens sont, avant tout, les *excès vénériens*, et, en second lieu, les phlegmasies blennorrhagiques de l'urèthre ou de l'épididyme. L'action de ces causes a été niée, je ne l'ignore pas, elle me paraît cependant peu contestable. Sur plusieurs malades dont j'ai conservé l'histoire, le développement du sarcocèle avait succédé manifestement à un véritable *surmenage* testiculaire, par des prouesses érotiques immodérées.

Mais cela, je vous le répète, Messieurs, n'est que l'exception, l'exception rare, et presque toujours le sarcocèle syphilitique se produit en quelque sorte *sponte sua*, à la façon de la plupart des manifestations diathésiques,

sans être préparé, provoqué, par la moindre circonstance occasionnelle, incidente. Aussi Dupuytren a-t-il dit très-justement que, sur un sujet syphilitique, le développement *spontané* sans causes connues d'une tumeur testiculaire doit à priori faire soupçonner la nature spécifique de l'affection.

II. Le sarcocèle syphilitique débute presque toujours d'une façon insidieuse et latente. Il est rare, exceptionnel même que les malades soient avertis de l'origine de leur affection, soit par quelques sensations insolites vers les bourses, soit par quelques douleurs testiculaires constrictives, avec ou sans irradiations vers les lombes. La règle tout au contraire, le fait général, celui qui s'observe 19 fois sur 20 en moyenne, c'est que la lésion se produise d'une façon absolument ignorée. *Presque invariablement le sarcocèle syphilitique naît et se développe sans que les malades en aient conscience.* Et la preuve, c'est que généralement ils ne s'aperçoivent de leur état que *par hasard.* Écoutez-les raconter leur histoire ; c'est toujours le même thème : « Un beau jour, vous disent-ils, » en m'habillant, j'ai porté la main sur mes bourses, et » j'ai senti là quelque chose de gros. J'avais une bourse » plus gonflée, plus grosse que l'autre. J'ai été très- » étonné de cela, car je ne m'étais aperçu de rien, je » n'avais rien senti, je n'avais éprouvé aucun mal, etc. » Aussi, en maintes occasions, est-ce le médecin qui découvre sur ses malades des sarcocèles plus ou moins développés dont ils ne s'étaient même pas aperçus, dont ils n'avaient pas la moindre conscience ! Cela m'est arrivé plusieurs fois, comme à tout le monde. Et c'est là ce qui faisait dire à M. Ricord : « Il faut qu'un » médecin chargé d'un service de syphilitiques sur- » veille plus les testicules de ses malades que ses » malades ne les surveillent eux-mêmes. » Très-sage précepte, dont j'ai eu à vérifier l'utilité pour ma part. Et rien d'étonnant, du reste, Messieurs, à ce que les choses

se passent de la sorte. Qu'est-ce en effet que le sarcocèle syphilitique? Une dégénérescence qui se prépare et s'opère à froid, d'une façon indolente, aphlegmasique, latente. C'est là le caractère que nous lui avons reconnu tout d'abord en l'étudiant anatomiquement; c'est là aussi le caractère que nous allons lui voir affecter à tout instant en clinique.

III. Mais, voici la lésion développée, voici le testicule infiltré par le dépôt néoplasique, qui déjà commence à se scléroser. A cette période, par quels symptômes, par quels signes se caractérise l'affection ?

S'accuse-t-elle, en premier lieu, par des douleurs ou des troubles fonctionnels marqués? Pour cela, non, et non à tous égards, comme vous allez le voir.

Comme phénomènes douloureux d'abord, rien autre à signaler que ceci : un peu de gêne locale, un peu de pesanteur vers la bourse affectée, et quelques tiraillements inguinaux dans les cas où la tumeur est volumineuse, ce qui est rare. Et c'est tout. A cela près, *indolence* absolue, indolence remarquable, très-remarquable, constituant à titre négatif un des caractères les plus distinctifs de l'affection.

Si même quelques douleurs bien légères avaient pu signaler le début et les premiers temps de la maladie, ces phénomènes disparaissent à mesure que la lésion progresse; ils s'effacent absolument quand elle est confirmée.

Aussi, bon nombre de malades, même à cette époque de la maladie, ne s'inquiètent-ils pas de leur état, et cela tout simplement parce qu'ils ne souffrent pas. Pleinement rassurés par l'absence de toute douleur, ils laissent évoluer le mal et ne songent même pas à le traiter.

Donc, premier point : *pas de douleurs.*

Second point : Pas plus de troubles fonctionnels, au moins dans la grande majorité des cas. Aucun désordre signalé dans l'exercice des fonctions sexuelles. Désirs

vénériens, érections, sécrétion spermatique, éjaculation, tout reste ou semble rester normal ; du moins aucune modification n'est remarquée à cet égard.

Il n'existe guère de troubles fonctionnels perçus par le malade que dans les conditions suivantes : alors que la lésion est *double* et qu'elle intéresse *à un haut degré* les deux glandes testiculaires. Les fonctions testiculaires se trouvant alors ou gravement compromises ou même presque abolies, les malades remarquent que leurs désirs vénériens sont moindres, qu'ils n'ont plus « envie de femmes,» que les érections se produisent plus rarement et plus difficilement ; à un degré plus avancé encore de la lésion, ils se sentent presque impuissants. Bref, leur sens génital se trouve amoindri, déprimé ou aboli. — Ajoutons que dans les mêmes cas, alors qu'on a l'occasion d'examiner la liqueur spermatique, on la trouve aqueuse, fluide, mal liée, transparente, pauvre en spermatozoïdes, ou même absolument privée de ces animalcules.

Si des troubles fonctionnels de ce genre s'observent parfois, ils sont rares, bien plus rares qu'on ne le dit en général, ou qu'on n'est disposé à le croire théoriquement. Dans tous les cas en effet où l'affection reste mono-testiculaire, l'intégrité d'un testicule conserve assez bien l'exercice des fonctions pour que les malades n'éprouvent aucun des phénomènes qui précèdent. Et, dans les cas même où l'affection est bilatérale, les lésions testiculaires sont toujours assez partielles pour que l'amoindrissement de la puissance virile ne soit que relatif et échappe à l'attention du malade. C'est là d'ailleurs ce que confirme une remarque de pratique que chacun a eu l'occasion de faire. Ainsi, il est presque exceptionnel que les malades, si soucieux cependant de leur puissance virile, révèlent spontanément au médecin la diminution de cette puissance ; c'est seulement quand ils sont provoqués, interrogés sur ce point, qu'ils accusent le symptôme en question, auquel ils n'avaient pas pris garde jusqu'alors. Il faut donc, somme toute, que

la diminution des facultés génésiques soit assez peu marquée (au moins dans la grande généralité des cas) pour ne pas frapper davantage la vigilance des intéressés.

Voilà pour les troubles fonctionnels locaux, qui se réduisent, comme vous le voyez, à fort peu de chose et qui sont même nuls le plus souvent.

Venons aux *troubles généraux*. De ce côté encore, rien à signaler. Grandes fonctions intactes. Apyrexie. Nul phénomène réactionnel ou sympathique. Tout à l'état normal.

L'affection est donc bien exclusivement *locale*, et consiste en une dégénérescence *à froid* qui n'éveille aucune sympathie organique. Eh bien, cela posé, voyons maintenant par quels caractères cliniques se traduit cette lésion locale.

Voici, je suppose, un malade affecté d'un sarcocèle syphilitique bien confirmé. Nous l'examinons ; que trouvons-nous ?

1° Tout d'abord : *Intégrité absolue, état normal des téguments sérotaux, des enveloppes des bourses.* Nulle rougeur morbide, nulle chaleur. Pas le moindre signe d'inflammation extérieure, comme il s'en produit fréquemment à propos de certains états phlegmasiques du testicule ou de l'épididyme, à propos de l'épididymite blennorrhagique par exemple.

2° *Tuméfaction d'une ou des deux bourses,* suivant que la lésion est mono-testiculaire ou bi-testiculaire ; — et *degré de cette tuméfaction très-variable,* suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas hydrocèle. S'il n'y a pas hydrocèle, tuméfaction peu considérable, minime même, au point d'être à peine appréciable en certains cas ; tuméfaction tout au plus comparable à celle d'une épididymite blennorrhagique en voie de résolution. — S'il y a hydrocèle, au contraire, tuméfaction plus accentuée, cela va sans dire ; bourse offrant le volume d'un petit citron en moyenne, mais ne dépassant guère cette proportion. C'est qu'en effet, Messieurs, l'hydrocèle symptomatique

du sarcocèle syphilitique est toujours ou minime ou moyenne tout au plus. Jamais elle ne devient très-volumineuse. Jamais elle n'acquiert les proportions qu'on lui voit atteindre en d'autres cas, notamment dans les cas d'hydrocèle simple. Par suite, la tuméfaction des bourses est toujours modérée, et jamais surtout elle n'arrive à ce volume excessif, monstrueux, qu'elle affecte en certains états pathologiques.

3° L'hydrocèle constatée, il est toujours facile de se rendre compte par le palper qu'elle n'existe pas seule, qu'elle ne constitue pas à elle seule toute la lésion. L'exploration méthodique des bourses permet toujours de constater que, indépendamment de l'hydrocèle, il existe un *état morbide du testicule. A fortiori* constate-t-on d'emblée cet état du testicule alors que l'organe est directement accessible au doigt, sans complication d'épanchement vaginal.

Or, comment se présente à l'examen ce testicule malade? C'est là surtout ce qu'il importe d'étudier avec un soin minutieux.

1° *Indolence* marquée, indolence presque absolue du testicule, tel est le premier caractère à signaler ici. Ce testicule est indolent à ce point que, suivant l'expression de Bell, « on peut le manier hardiment »; on a toute facilité pour le palper, le presser, en apprécier les moindres particularités de forme, de dureté, etc.; il se laisse faire, il permet sans douleur tous les modes d'exploration. — De même, au reste, pour l'épididyme alors qu'il fait partie de la tumeur.

2° *Excès de volume constant, variable suivant les cas, mais ne dépassant jamais certaines limites.* — Spécifions bien ces divers points.

Excès de volume constant, ai-je dit en premier lieu. A quelques très-rares exceptions près, la glande testiculaire est toujours tuméfiée, notablement tuméfiée. Notons cependant qu'il est des cas dans lesquels cette tuméfaction est à peine appréciable ou ne le devient que par comparaison

avec l'autre testicule sain. Ces cas sont surtout relatifs aux infiltrations testiculaires partielles et circonscrites.

Excès de volume variable, ai-je ajouté, mais ne dépassant jamais certaines limites. La tuméfaction oscille entre le volume d'un petit œuf et celui d'un citron. C'est dire qu'elle reste toujours *moyenne,* relativement à celle que peut acquérir l'organe sous l'influence d'états pathologiques différents. Jamais elle ne devient excessive, à la façon de celle que produisent certaines tumeurs testiculaires, le cancer par exemple. Le volume extrême que je lui ai vu affecter en un cas, cas unique à ma connaissance, était comparable à celui d'un gros citron. Mais il y a loin encore de ce volume à celui sous lequel se présentent fréquemment d'autres tumeurs des bourses.

3° *Forme.* — La forme générale de la tumeur est celle du testicule; c'est le testicule amplifié. En d'autres termes la tumeur se présente avec une configuration *ovoïde,* à grosse extrémité inférieure. — En aucun cas elle ne prend une configuration différente; en aucun cas sa forme n'est altérée au point qu'on puisse méconnaître en elle le testicule tuméfié.

4° *Consistance.* — Si la tumeur représente le testicule quant à la forme, en revanche elle en est très-différente au point de vue de la consistance. La consistance physiologique de la glande est modifiée, altérée, et altérée suivant l'un ou l'autre des deux modes que voici : tantôt le testicule présente çà et là simplement un excès partiel de rénitence, en conservant sur la plus grande partie de sa circonférence sa souplesse physiologique; — tantôt, et cela surtout à une époque plus reculée, il acquiert une rénitence générale; il est alors dur en masse, dur en totalité.

5° Autre signe, et celui-ci, Messieurs, particulièrement digne de toute votre attention. — Si, le testicule étant saisi et bien immobilisé entre le pouce et l'index,

vous venez à en parcourir la surface avec le doigt de l'autre main, vous percevez ceci :

Ou bien, des *duretés planes, sans relief;*

Ou bien, des *noyaux durs, quelque peu saillants.*

Précisons.

Dans le premier cas, la sensation perçue par le doigt ainsi promené sur la circonférence de l'organe, est celle de divers points particulièrement durs, tranchant par une dureté excessive sur les parties voisines, mais n'offrant pas de relief appréciable au toucher. On dirait qu'en ces points l'albuginée s'est doublée d'une lamelle d'un tissu très-résistant; on la croirait *blindée* en quelque sorte d'une plaque de cartilage. Ce blindage cartilagineux, passez-moi l'expression, semble résider dans l'épaisseur même du testicule dont la surface reste régulière. Il est distribué sans ordre apparent, soit par plaques de l'étendue de quelques millimètres, d'une lentille, d'une amande, soit quelquefois, mais plus rarement, sous forme de zones, de rubans.

Dans le second cas, plus fréquent encore, le doigt perçoit ces mêmes duretés, mais il les perçoit avec un relief plus ou moins accusé, donnant la sensation très-distincte d'irrégularités pisiformes, faisant de légères saillies, constituant à la surface de l'organe des *bosselures* véritables. Ces bosselures, cependant, ne sont pas très-proéminentes; elles impriment simplement à la circonférence du testicule un certain aspect chagriné, mamelonné, bien plutôt qu'elles ne constituent des déformations à proprement parler. Mais elles n'en sont pas moins facilement perceptibles, surtout en raison de leur excessive dureté. Elles fournissent au doigt la sensation de noyaux, de nodules fibreux, cartilagineux, qui seraient enchâssés dans l'albuginée ou dans le parenchyme testiculaire; elles sont à peu près ce que seraient des têtes d'épingle, des grains de plomb, ou de petites noisettes incorporées à la substance testiculaire. C'est dire aussi, d'autre part, qu'elles sont assez nettement circonscrites

et généralement peu volumineuses. — Bref, le testicule affecté de la sorte présente une surface irrégulière au toucher, et semée çà et là de nodosités particulièrement dures. Ce testicule — permettez-moi cette façon de dire — paraît littéralement farci de grains de plomb ou rembourré de petites noisettes.

Eh bien, messieurs, la sensation *sui generis* que fournit au toucher le testicule syphilitique constitue, dans l'espèce, un signe d'une importance majeure. Nulle autre tumeur du testicule ne donne, en effet, une sensation semblable ou analogue. Ce blindage partiel et sans relief ou ces bosselures pisiformes, cartilagineuses, de l'albuginée, ne se rencontrent dans aucune autre affection testiculaire, du moins avec l'aspect que je viens de vous décrire. Ce sont là des particularités absolument spéciales au testicule syphilitique. De sorte que les perceptions du toucher fournissent ici le signe par excellence, le signe pathognomonique, oserai-je dire, de la lésion qui nous occupe.

Telle, Messieurs, se présente l'affection quand le testicule est affecté seul. Et dans ce cas, toutes les parties annexes du testicule sont trouvées à l'état sain. L'épididyme notamment peut être perçu, à la partie supéro-dorsale de la tumeur, dans un état d'intégrité parfaite comme volume et consistanco. Soyez même avertis que parfois, surtout alors qu'on a affaire à des sarcocèles plus ou moins considérables, l'épididyme est assez difficilement perceptible ou même semble disparaître complétement; ce qu'explique d'ailleurs l'anatomie pathologique en nous le montrant étalé et aplati sur la tumeur testiculaire.

Mais en bon nombre de cas, comme nous l'avons établi précédemment, l'épididyme est affecté en même temps que le testicule. On le sent alors plus ou moins développé, constituant une *seconde tumeur* qui s'ajoute à la tumeur testiculaire, et qui par sa base, par sa partie adhérente, se confond intimement avec cette dernière, assez intime-

ment même, parfois, pour n'en être distinguée que par un examen minutieux.

Cette tumeur épididymaire est variable comme proportions. Le plus souvent, elle n'occupe qu'une partie de l'épididyme, la tête notamment, en affectant le volume d'un pois, ou d'une aveline. Quelquefois elle s'étend à la tête et aux parties moyennes de l'organe, avec un volume comparable à celui de la phalangette du petit doigt. Rarement elle intéresse tout l'épididyme. Dans un seul cas, j'ai vu un épididyme infiltré de la sorte par la syphilis devenir gros comme le doigt médius, et enchâtonner le testicule sur la moitié pour le moins de sa circonférence.

Ajoutons que, du reste, cette tumeur épididymaire se présente avec tout l'ensemble des caractères propres au sarcocèle testiculaire. Comme celui-ci, d'abord, elle est remarquablement indolente, soit spontanément, soit au toucher. Comme celui-ci, elle est dure et d'une dureté tout à fait caractéristique, fibreuse. Comme celui-ci, enfin, elle donne au toucher la sensation de duretés partielles, de bosselures arrondies, pisiformes. Ainsi, dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer récemment, la tête et la partie moyenne de l'épididyme présentaient huit ou neuf petites saillies pisiformes, arrondies, groupées les unes à côté des autres, à la façon des grains d'un chapelet. — Par sa symptomatologie en un mot, autant, comme nous le verrons plus tard, que par son évolution ultérieure, la tumeur épididymaire rappelle absolument les attributs anatomiques et cliniques de la lésion testiculaire; d'où le nom de *sarcocèle épididymo-testiculaire* qu'on pourrait donner à cette forme de la maladie.

Nous venons, Messieurs, d'étudier isolément tour à tour les divers attributs de la lésion qui constitue le sarcocèle syphilitique. De l'analyse actuellement passons à la synthèse. Réunissant ces éléments épars, nous aboutissons à ceci comme caractéristique sommaire de l'affection :

1° Début insidieux et latent;

2° Plus tard, à l'état de lésion confirmée, tuméfaction d'une ou des deux bourses ; — tuméfaction variable de volume suivant l'existence ou l'absence de l'hydrocèle symptomatique ; — tumeur testiculaire ou épididymo-testiculaire ; — tumeur de volume tout au plus moyen ; — de forme ovoïde ; — de consistance remarquablement dure, avec cette particularité plus significative encore de duretés partielles, planes ou saillantes ; — tumeur essentiellement indolente et aphlegmasique ; — tumeur, enfin, se développant et évoluant sans troubles fonctionnels locaux ou généraux ; — en un mot, sorte de dégénérescence *à froid* de la glande testiculaire ; — voilà ce qu'est en abrégé le sarcocèle syphilitique.

Variétés.— C'est sous la forme qui précède, Messieurs, que se présente la maladie, sinon toujours, du moins dans l'énorme majorité des cas. Moins que d'autres affections, en effet, le sarcocèle syphilitique est sujet à se modifier d'allure et de caractères. Quelques mots me suffiront donc à spécifier brièvement les variétés cliniques qu'il peut offrir.

I. — Signalons d'abord un premier groupe de variétés consistant en une distribution inégale de l'hyperplasie conjonctive. Chez tels malades, les deux testicules et les deux épididymes sont affectés à la fois. — Chez tels autres, les deux testicules sont pris, mais un des épididymes est seul tuméfié. — Chez les uns (et ceci est le cas le plus fréquent), le testicule est fortement affecté, tandis que relativement l'épididyme ne présente que des lésions moyennes ou médiocres. — Chez d'autres, plus rarement, l'épididyme est au contraire largement hyperplasié, alors que le testicule reste épargné d'une façon relative, etc. — Parfois même (cela est exceptionnel, j'en conviens, mais enfin cela s'observe et je dois vous le signaler), on voit l'épididyme être *seul* intéressé par la lésion, le testicule restant ou du moins paraissant rester sain.

II. — Nous avons représenté le sarcocèle syphilitique

comme une lésion exclusivement limitée au testicule et à l'épididyme. Or, en quelques cas exceptionnels (je puis les dire exceptionnels, tant ils sont rares), on a trouvé le *canal déférent* coïncidemment infiltré, doublé, triplé même de volume, s'étendant du testicule jusqu'à l'aîne sous forme d'un cordon remarquablement dur, mais régulier de surface, non bosselé, non moniliforme (comme l'est le canal déférent affecté de tubercules), et comparable, comme sensation perçue par le toucher, à une baguette de fusil. M. Hélot a signalé le premier, je crois, cette intéressante particularité (1). Je n'en ai encore observé qu'un seul exemple pour ma part.

III. — Disons encore qu'en certains cas, également rares, on a observé l'*induration syphilitique du testicule sans hypertrophie*. On a vu des testicules affectés par la syphilis présenter des noyaux durs d'hyperplasie conjonctive et plus tard scléreuse, sans jamais avoir offert de tuméfaction appréciable.

IV. — Signalons enfin la possibilité de *coïncidences pathologiques*, venant imprimer à la lésion une allure symptomatologique plus ou moins différente. C'est ainsi qu'on a vu coexister avec le sarcocèle syphilitique des affections d'un tout autre ordre, telles que épididymite ou funiculite blennorrhagique, épididymite tuberculeuse, kystes de l'épididyme, gommes du scrotum, etc. Ce sont là des cas bizarres et rares qu'il suffit de mentionner.

Marche. — Lenteur d'évolution et *possibilité d'un état stationnaire très-longtemps prolongé*, voilà en quoi se résume au total la marche ultérieure de l'affection.

Sourdement et insidieusement préparé par l'hyperplasie originelle, le sarcocèle parcourt ses phases ultérieures

---

(1) Mémoire sur le testicule syphilitique, *in* Journal de Chirurgie, par M. Malgaigne, 1846. — D'après M. Hélot, l'hypertrophie du canal déférent « ne s'observerait pas dès le début de l'affection; on ne la verrait survenir qu'alors que la tumeur a déjà un volume considérable. »

avec la même allure qu'à son début, c'est-à-dire en conservant les caractères d'une dégénérescence froide et indolente. Ces phases ultérieures, de plus, il ne les parcourt que lentement, très-lentement. Une fois confirmé, il persiste; et des mois, des années même peuvent s'écouler (à sup poser que le traitement n'intervienne pas) sans qu'un changement notable se produise dans l'état apparent de la lésion. Il n'est pas rare, par exemple, de rencontrer des sarcocèles qui, datant d'un an, de deux ans et même davantage, se présentent encore avec l'ensemble des attributs qui caractérisent la lésion bien plus jeune, la lésion telle qu'on l'observe après quelques mois seulement de formation. — En un mot, le sarcocèle syphilitique, une fois constitué, reste longtemps stationnaire.

Ajoutons de plus, comme autre caractère (caractère négatif, il est vrai, mais non moins important pour cela à spécifier ici), que la lésion est d'essence *fixe* par excellence. Elle affecte originairement le testicule seul ou le testicule avec l'épididyme ; eh bien, ultérieurement, elle reste confinée au testicule et à l'épidydime. Il est exceptionnel, comme nous l'avons vu, qu'elle s'irradie vers le cordon. Jamais elle ne se propage à d'autres organes, tels que les vaisseaux sanguins, les lymphatiques, les ganglions; jamais elle n'envahit la prostate et les vésicules séminales, comme le fait si fréquemment au contraire la dégénérescence tuberculeuse des mêmes organes.

Durée.— Comme conséquence naturelle de ce qui précède, le sarcocèle de la vérole n'a pas de durée définie.

On rencontre des sarcocèles syphilitiques de tous les âges. Au delà d'un certain temps, néanmoins, la lésion ne se présente plus telle que nous venons de la décrire, mais modifiée d'aspect et de caractères, comme nous allons le voir.

Terminaisons.—Les terminaisons auxquelles aboutit le sarcocèle syphilitique sont essentiellement variables, suivant l'intervention ou l'absence du traitement spécifique.

Si le traitement spécifique est mis en œuvre d'une façon opportune, les lésions qui constituent le sarcocèle jeune ou même le sarcocèle confirmé s'amendent et guérissent. L'hypertrophie épididymo-testiculaire diminue, disparaît, et l'organe reprend son volume normal. De plus, les duretés nodulaires ou les infiltrations en plaques se ramollissent, se résorbent littéralement (car il n'en reste pas de traces), et l'organe revient à sa consistance physiologique. Les troubles physiologiques, s'il en existait, s'atténuent parallèlement et s'effacent. La guérison est donc ou peut donc être complète, absolue.

Je dirai plus. Cette guérison est *facile*, très-facile, si l'art n'intervient pas trop tardivement. Il est peu de manifestations syphilitiques, en effet, qui soient plus aisément justiciables du traitement spécifique que celle dont nous parlons actuellement. Il en est peu qui, sous l'influence de ce traitement, rétrocèdent avec une rapidité égale. Heureux le médecin consulté pour un sarcocèle syphilitique, car c'est là pour lui un succès assuré et un succès brillant. La tumeur semble, sous ses ordres, fondre à vue d'œil. On compterait certes les maladies où l'art exerce sur des lésions anatomiques une modification aussi rapide et aussi complète.

Si, au contraire, l'art n'intervient pas, que devient le sarcocèle syphilitique ? D'abord il persiste ; il persiste longtemps, sans modifications appréciables (1). Puis il se sclérose et s'atrophie.

Comment se fait cette atrophie ? Anatomiquement nous le savons déjà, et je vous renvoie sur ce point à ce que nous avons dit précédemment. Au point de vue clinique, la chose est plus simple encore. Cette atrophie ne s'accuse par rien. Elle se produit d'une façon absolu-

---

(1) Certains auteurs ont parlé de la « résolution *spontanée* » du sarcocèle syphilitique. Si cette résolution spontanée est possible, elle doit être bien rare, car elle est en contradiction avec tous les faits d'observation journalière. Je déclare n'en avoir jamais observé d'exemple pour ma part.

ment *latente*. Aucun symptôme spécial ne s'ajoute à ceux qui caractérisent l'affection confirmée; aucun indice ne présage la phase nouvelle où va s'engager la lésion.

Est-elle même accomplie, cette atrophie peut rester encore latente pour le malade, si elle n'est que monotesticulaire, ou si elle n'est que partielle tout en intéressant l'une et l'autre glande. Car, dans ces deux cas, le sens génital se conserve assez bien pour que la lésion passe souvent inaperçue.

L'atrophie, au contraire, porte-t-elle sur les deux testicules, et est-elle assez étendue pour que la substance séminifère soit presque anéantie, l'exercice des fonctions génitales se trouve alors très-sérieusement compromis.

Frigidité, impuissance relative et *infécondité*, telle est la triple résultante de cette grave lésion ; — frigidité, c'est-à-dire diminution des désirs vénériens ; — impuissance relative, c'est-à-dire érections rares, difficiles, incomplètes; — infécondité, c'est-à-dire incapacité de reproduction due à la disparition des spermatozoïdes.

L'intensité de ces troubles fonctionnels se mesure à la diminution du champ testiculaire. Il s'en faut, cependant, et de beaucoup, que le mal aboutisse fréquemment à la perte absolue du sens génital, alors même que la lésion est bi-testiculaire et a été abandonnée à son évolution propre, sans traitement. Presque toujours cette perte n'est que partielle, et il est infiniment plus fréquent de rencontrer des malades chez lesquels la fonction génitale s'est seulement amoindrie à des degrés divers, que des malades chez lesquels elle s'est éteinte absolument. Chose même assez remarquable autant que peu remarquée, il n'est pas rare d'observer un contraste réel entre l'atrophie apparente des testicules et une conservation relativement inattendue des fonctions génésiques. J'ai vu maintes fois, de la sorte, des malades qui n'avaient plus pour ainsi dire que des *moignons* de testicule, conserver néanmoins l'exercice possible des fonctions sexuelles, c'est-à-dire conserver l'*appétence génitale* et

la *faculté d'y satisfaire.* Il faut véritablement, je crois, que le testicule soit *anéanti*, qu'il ne reste plus vestige de la substance séminifère, pour que le malade soit complétement privé d'érections et absolument impuissant.

Enfin, en quelques cas de ce genre, cas excessivement rares et qu'il faut citer seulement à titre de curiosités, on a vu l'atrophie des organes génitaux consécutive à la syphilis retentir sur l'ensemble de l'économie, modifier l'habitus extérieur comme chez les castrats, enlever à tout l'être les attributs de la virilité, et lui imprimer inversement les caractères du sexe féminin.

Ainsi, M. le docteur Lejeal dit avoir observé un jeune homme de 25 ans chez lequel, consécutivement à une syphilis grave, les testicules s'étaient réduits au volume de ceux d'un tout jeune enfant ; la voix de ce malade avait pris le timbre d'une voix de femme ; son corps s'était chargé d'un embonpoint considérable ; tout désir vénérien avait absolument disparu (1). De même, un malade de Vidal, qui, à la suite d'une syphilis des plus rebelles, était affecté d'une atrophie complète des organes génitaux, offrait un ensemble d'attributs rappelant tout à fait les caractères du sexe féminin : « Sa peau était partout d'une blancheur et d'une finesse remarquables ; ses membres autrefois très-musclés avaient des formes arrondies, sans aucune des saillies musculaires propres au sexe masculin ; les chairs étaient partout flasques ; les extrémités étaient petites et d'une forme féminine ; la poitrine, comme l'abdomen, était couverte de tissu cellulo-adipeux, la voix était faible, aigre plutôt qu'aiguë ; la verge offrait les mêmes dimensions que chez un enfant de 10 à 12 ans ; elle était constamment flasque ; aucune érection n'avait eu lieu depuis longtemps, et les désirs vénériens étaient complétement éteints (2). »

(1) Du sarcocèle syphilitique, Thèse de Paris, 1855.

(2) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* publiées par Cazenave t. I, p. 180.

Résorption du tissu morbide, c'est-à-dire guérison, ou bien *atrophie du testicule*, tels sont les deux seuls aboutissants du sarcocèle syphilitique. La lésion ne connaît pas d'autres modes de terminaison. On a bien dit qu'elle pouvait se terminer par des dégénérescences d'autre genre, telles que dégénérescence cartilagineuse, calcaire, osseuse, tuberculeuse, cancéreuse, etc. ; mais aucun fait sérieux ne légitime de telles assertions. Ce qui est vrai, seulement, c'est que, consécutivement au sarcocèle syphilitique, on a vu parfois le testicule devenir le siége de lésions d'un autre ordre. Ainsi, par exemple, M. Ricord a relaté le fait d'un malade qui, guéri d'un sarcocèle syphilitique, présenta six mois plus tard un encéphaloïde du même testicule. J'observe actuellement un cas tout à fait identique sur l'un de mes clients qui, à peine délivré d'un sarcocèle syphylitique, fut affecté d'un cancer de la pire espèce dans le testicule que venait de quitter la vérole. Mais de tels faits, remarquez-le bien, Messieurs, ne démontrent rien moins que la dégénérescence du sarcocèle syphilitique en cancer. Ils établissent simplement ce fait d'ailleurs incontesté, à savoir que le cancer peut se produire sur des sujets syphilitiques et sur des organes préalablement touchés par la syphilis. Tout au plus donneraient-ils à croire — et ceci, je l'admettrais bien volontiers, — qu'un viscère éprouvé par la syphilis devient par cela seul plus facilement accessible à d'autres influences morbides, notamment aux prédispositions diathésiques que l'organisme peut contenir en puissance.

Ajoutons enfin, comme trait négatif, que *la suppuration n'est jamais un mode de terminaison du sarcocèle syphilitique*. Sur ce point, la science est absolument fixée par de très-nombreuses observations. De l'aveu presque général, jamais le sarcocèle syphilitique, sauf complications ou coïncidences pathologiques, ne se termine par abcès. *A priori*, cela pouvait être annoncé théoriquement. Comment en effet une affection aussi aphlegmasique,

aussi indolente, aussi froide que celle dont nous parlons actuellement, pourrait-elle aboutir à déterminer la formation d'un foyer inflammatoire et purulent? Cela n'est pas dans la nature des choses; cela n'est pas dans la tendance de l'état pathologique. De par l'expérience enfin, cela n'est pas. — Donc, pas de suppuration à la suite de la variété du sarcocèle syphilitique que nous venons de décrire, voilà le fait, voilà le point essentiel à enregistrer. Et c'est là ce que M. Ricord a eu le mérite d'établir le premier en disant : « L'albuginite est une lésion essentiellement *plastique*, qui n'a rien à voir avec l'inflammation, non plus qu'avec la purulence, attribut le plus essentiel et expression la plus élevée des processus inflammatoires. »

3° Sarcocèle gommeux.

L'histoire de cette troisième forme de sarcocèle syphilitique est encore très-peu avancée. Nous ne connaissons guère aujourd'hui le sarcocèle gommeux que comme lésion anatomique, et ce que nous en savons même sur ce point laisse beaucoup à désirer, comme vous allez le voir.

Les lésions véritablement gommeuses du testicule s'observent presque toujours associées à celles de la forme précédente, c'est-à-dire de la forme plastique. Il est bien plus rare qu'elles se produisent isolément, et de là résulte en partie que nous soyons si peu édifiés sur leur histoire clinique particulière.

Elles se montrent sous deux formes : *forme circonscrite* et *forme diffuse*.

I. La *forme circonscrite*, de beaucoup la plus commune, consiste simplement en ceci : des dépôts gommeux se produisant dans le testicule ou l'épididyme, et généralement au sein de l'hyperplasie conjonctive, au sein des callosités cellulo-fibreuses qui constituent le

sarcocèle plastique. — Ces dépôts résident le plus souvent dans la substance testiculaire; parfois, on en a observé jusque dans l'épaisseur de l'albuginée. — Ils sont plus ou moins nombreux. Quelquefois, on n'en rencontre qu'un seul, isolé; plus souvent, on en trouve plusieurs, trois, six, huit, dix, soit nettement distincts et indépendants, soit réunis en groupes au voisinage les uns des autres, ou même fusionnés, confondus. — Leur volume est variable depuis la dimension d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une cerise ; celui qu'ils affectent le plus souvent peut être comparé à un pois. — Comme aspect, ils se présentent sous forme de noyaux arrondis ou anguleux, homogènes, fermes, jaunes, secs à la coupe, et somme toute assez semblables au tubercule vulgaire. — Histologiquement enfin, leur composition est celle de toutes les gommes.

II. *Forme diffuse* ou *infiltrée*. — Cette forme n'est, à vrai dire, qu'une variété de la précédente. Elle est simplement constituée par une prolifération gommeuse qui, au lieu d'être nettement circonscrite, infiltre sans limites précises la substance testiculaire.

Elle se présente, du reste, avec tous les caractères, avec tous les attributs objectifs des gommes circonscrites.

Elle affecte des portions variables du testicule. Tantôt elle se circonscrit à un seul segment de l'organe, tantôt elle en occupe plusieurs segments à la fois. On l'a vue s'étendre à une portion considérable du testicule. M. Lancereaux cite même un cas dans lequel *tout* le testicule, du volume d'un gros œuf de poule, était devenu le siége d'une infiltration de ce genre. Le parenchyme de tout l'organe, dit-il, était « uniquement constitué par un produit nouveau, sans canalicules spermatiques, assez analogue comme aspect à un jaune d'œuf bien cuit. »

Telle est anatomiquement la variété gommeuse du

sarcocèle syphilitique, et là se borne ce que nous en savons de plus précis quant à présent.

Quels symptômes caractérisent spécialement cette forme de lésion? Cela, nous l'ignorons encore. Et nous l'ignorons surtout, je le répète, parce que les produits gommeux ne s'observent le plus souvent qu'en compagnie des callosités plastiques qui caractérisent la forme précédente, et parce que de la sorte les symptômes de la la gomme testiculaire, proprement dite, disparaissent au milieu de ceux du sarcocèle scléreux.

Il en est de même pour l'évolution ultérieure de ces produits gommeux. Que deviennent-ils, quelles transformations successives sont-ils appelés à subir, alors qu'ils sont abandonnés à eux-mêmes? Peuvent-ils, en se ramollissant, s'ouvrir une voie à travers l'albuginée et les enveloppes du testicule? Tout cela nous échappe presque complétement et nous échappera sans doute longtemps encore, par la bonne raison que nous ne laissons pas à ces lésions, facilement curables en général, la liberté de suivre leur évolution complète. Un sarcocèle syphilitique étant reconnu ou suspecté seulement, nous le traitons et nous le guérissons presque à coup sûr; partant nous en perdons, au grand bénéfice des malades, l'histoire pathologique ultérieure.

Cependant nous ne sommes pas sans quelques données probables sur les accidents auxquels peuvent donner lieu ces productions gommeuses non traitées. Et même, d'après quelques faits cliniques bien observés, nous sommes autorisés à croire dès aujourd'hui que les gommes testiculaires ou épididymaires affectent l'évolution de toutes les autres gommes, c'est-à-dire aboutissent à se ramollir, à ulcérer les parties ambiantes, et finalement à se frayer une voie au dehors.

Il est très-vraisemblable, par exemple, que les gommes épididymaires sont l'origine de certaines *fistules* qu'on voit se produire parfois au niveau de l'épididyme, et qui, traitées par l'iodure de potassium, guérissent avec

une rapidité significative. M. le Dr Bertholle a relaté, à ce propos, un fait des plus probants, qui se résume sommairement en ceci :

Un malade, syphilitique depuis vingt ans, était affecté de deux fistules épididymaires, en même temps que de deux périostoses humérale et cubitale. Ces fistules, non traitées, remontaient à une année, et elles étaient restées absolument stationnaires depuis ce temps; soumises au traitement spécifique (frictions et iodure), elles se fermèrent en sept semaines, en même temps que guérissaient parallèlement les périostoses (1).

De même aussi certains *fongus testiculaires* ne dérivent, suivant toute vraisemblance, que de gommes testiculaires ayant abouti à ulcérer l'albuginée et les enveloppes des bourses. Dans un très-intéressant mémoire dont je vous recommande la lecture (2), M. Rollet a nettement établi que ce qu'on appelle le fongus *bénin* n'est, en certains cas, « qu'une *phase éloignée de l'orchite syphilitique.* » Et quelques observations plus récemment publiées confirment absolument cette manière de voir.

Plusieurs fois en effet on a vu se produire, à la surface de tumeurs testiculaires qu'on était autorisé à considérer comme syphilitiques, le curieux processus que voici :

Sur un segment circonscrit de la tumeur, travail inflammatoire manifeste et d'autant plus remarquable qu'il avait été précédé d'une longue période aphlegmasique; rougeur des parties, sensibilité à la pression, adhérence des téguments aux tissus profonds, etc.: — puis, ulcération progressive des tuniques scrotales; perte de substance à progrès excentriques; — à travers l'ouverture cutanée constituée de la sorte, issue d'une sorte de *végétation fongueuse*, proéminant chaque jour de plus en

---

(1) *Union médicale*, 1868, t. I, p. 57.

(2). Du sarcocèle fongueux syphilitique. *in Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis*. Paris, 1861.

plus à la façon d'un viscère qui fait hernie dans un orifice ; — et finalement, après un temps variable, hernie véritable d'une tumeur volumineuse, mesurant jusqu'à 5 et 6 centimètres de long sur 3 à 5 de large ; tumeur d'aspect fongueux et qualifiée pour cela du nom de *fongus*; tumeur ferme, élastique, rouge de surface, granuleuse, tapissée par une sorte de membrane analogue à une couche de bourgeons charnus, et sécrétant en faible quantité un pus crêmeux, jaunâtre, de bonne nature; tumeur arrondie de forme, comparable d'aspect soit à un chapeau de champignon soit à un chou-fleur épanoui, et se continuant par un pédicule rétréci avec ce qui reste de la glande testiculaire à l'intérieur des bourses. M. Rollet fait remarquer avec raison que ce fongus n'adhère pas à la peau dans les points où il la touche; il ne fait que « reposer sur elle » ; et ce n'est, ajoute le même auteur. qu'en relevant ou en examinant les parties périphériques qu'on pourrait voir le centre de cette masse fongueuse se prolonger jusqu'au testicule à travers les membranes perforées.

Examinée anatomiquement et histologiquement, cette tumeur a présenté des particularités tout à fait significatives. On l'a trouvée composée d'un mélange de tubes séminifères, d'une matière jaune, identique d'aspect à la matière gommeuse, et de bourgeons charnus. Nul doute, en conséquence, que d'une part elle soit constituée par les éléments propres du parenchyme testiculaire ; nul doute, d'autre part, qu'elle soit constituée par ces éléments testiculaires dégénérés, et dégénérés par le fait d'une infiltration gommeuse.

Il est donc à croire, d'après cela, que les gommes testiculaires, en vertu d'un processus dont nous ignorons encore les détails, peuvent aboutir à perforer l'albuginée et les enveloppes scrotales, pour venir éliminer au dehors leur bourbillon gommeux, tout comme le font à la surface de la peau les gommes sous-cutanées. Dans cette manière de voir, le fongus testiculaire ne serait

rien autre qu'une *gomme testiculaire chassée au dehors de l'albuginée*, et chassée de la sorte, suivant toute vraisemblance, par le fait d'une prolifération surabondante au sein d'un organe bridé par une tunique fibreuse rigide et inextensible.

Ce qui confirme encore cette interprétation, c'est qu'en certains cas on a vu le fongus testiculaire d'origine syphilitique diminuer de volume, se ratatiner et même se résorber sous l'influence du traitement spécifique. De cela témoignent quelques observations récentes non contestables.

Concluons en disant : L'affection dite fongus bénin du testicule n'est rien autre, en certains cas, qu'une gomme testiculaire expulsée des bourses.

Nous en avons fini actuellement, Messieurs, avec la partie anatomique et clinique de notre sujet. Comme complément de cet exposé, quelques mots me restent à ajouter sur le pronostic, le diagnostic et le traitement des diverses formes de lésions que nous venons d'étudier.

Pronostic. Toute la question pronostique se résume dans les deux propositions que voici :

D'une part, le sarcocèle syphilitique (réserve faite pour la forme que nous avons qualifiée du nom d'épididyme secondaire) est une lésion sérieuse, *localement grave*, conduisant presque inévitablement, en l'absence d'un traitement approprié, soit à une atrophie partielle du testicule, soit à une atrophie étendue ou même générale ; et de là, comme conséquences physiologiques, diminution proportionnelle ou abolition de la puissance virile et de la faculté reproductive;

Mais d'autre part, hâtons-nous d'ajouter ce second terme, le sarcocèle syphilitique est une lésion *qui guérit merveilleusement, miraculeusement*, sous l'influence de

la médication dite spécifique. Je dirai même : c'est une lésion qui, traitée comme je vous l'indiquerai dans un instant, guérit *toujours*, guérit à coup sûr. Je déclare que, pour ma part, je n'ai pas jusqu'à ce jour rencontré un seul cas de sarcocèle syphilitique rebelle, réfractaire au traitement spécifique, alors du moins que le traitement n'était pas appelé à intervenir dans une période trop avancée.

Et j'ajouterai encore : cette lésion guérit même quelquefois *dans des conditions où l'on n'oserait espérer qu'elle dût guérir*. Tout habitué qu'on puisse être aux prodiges que fait le traitement en pareille circonstance, il est des cas qui surprennent en dépassant toutes prévisions; il est des cas où le traitement produit ce qu'on ne supposerait pas qu'il pût produire. Deux exemples à l'appui de cette dernière assertion.

J'ai vu, avec mon collègue et ami le Dr Hayem, un malade affecté d'un double sarcocèle syphilitique que l'épithète d'*énorme* peut seule qualifier. Un des testicules, le plus petit, offrait le volume d'une pêche, et l'autre celui d'un gros citron. Tous deux avaient une dureté ligneuse. Le début de la lésion, qui ne pouvait être rigoureusement précisé, ne remontait pas à moins de 6 ou 8 mois. J'avoue qu'*à priori*, se présentant dans de telles conditions, ce cas me parut singulièrement défavorable. Je pensais bien qu'il serait en notre pouvoir d'amender dans une certaine mesure une telle lésion, mais je n'avais guère, et mon collègue n'avait pas plus que moi, l'espérance de la guérir complétement. Eh bien, nos prévisions furent trompées, et nous eûmes la satisfaction de voir l'événement donner tort à notre pronostic. Ces deux énormes testicules, sous l'influence bienfaisante de l'iodure, revinrent à leur volume normal, *normal*, entendez-le bien, Messieurs, et la guérison fut absolue.

Second cas, non moins étonnant, mais d'une autre façon. Un malheureux malade dont je vous ai parlé

déjà, affecté d'un effroyable lupus naso-guttural qui avait détruit le palais avec le voile du palais et dévoré tout le pharynx, portait en plus (et cela depuis une époque indéterminée, mais lointaine) un testicule *atrophié* par la syphilis. Ce testicule offrait tout au plus le volume d'une très-petite noix ; il était de plus extraordinairement irrégulier de forme, et enfin il présentait au palper une dureté telle qu'on aurait pu sans grande exagération le comparer à un caillou. Or, contre mon attente encore, il arriva ceci, c'est que le traitement spécifique prescrit en vue du lupus (frictions mercurielles et iodure) exerça une action vraiment inattendue sur ce testicule rabougri et dégénéré. Ce testicule, assurément, ne reprit pas le volume qu'il avait perdu, mais il reprit une forme à peu près régulière ; et, ce qui est plus surprenant encore, il recouvra, partiellement pour le moins, sa souplesse physiologique.

Autre considération pronostique, qui ressort de tout l'exposé précédent et qu'il suffira de signaler d'un mot : le sarcocèle syphilitique est plus ou moins sérieux suivant la forme qu'il affecte. Ainsi, l'épididyme secondaire est à coup sûr la forme la plus bénigne, celle qui expose aux conséquences les moins graves, et qui se résout le plus facilement. — Le sarcocèle gommeux, inversement, constitue la forme la plus grave. Il expose aux dangers du fongus, lequel est toujours sérieux, lequel, non traité, aboutit à la perte du testicule, et, même avec l'assistance du traitement, entraîne nécessairement une perte plus ou moins considérable de la substance testiculaire.

Diagnostic. — Généralement facile. Il repose en effet sur toute une série d'éléments très-significatifs, à savoir : en premier lieu, antécédents spéciaux et coexistence fréquente d'autres accidents syphilitiques de caractère non douteux ; — puis, marche lente et particulièrement

insidieuse de l'affection ; — bilatéralité habituelle des lésions ; — caractères propres de la tumeur, laquelle est moyenne comme volume, régulièrement ovoïde comme forme, indolente et remarquablement indolente soit spontanément, soit à la pression ; laquelle surtout se distingue (signe presque pathognomonique) par ce blindage en surface ou ces nodosités pisiformes dont je vous ai parlé précédemment ; — et enfin, comme critérium ultérieur, action si rapidement résolutive du traitement spécifique. action si frappante, je vous le répète encore, qu'elle peut dans l'espèce servir de pierre de touche au diagnostic. — Grâce à cet ensemble de signes, le diagnostic peut en général (18 ou 19 fois sur 20 environ, pour fixer une moyenne approximative) être institué d'une façon aussi sûre que facile.

Et d'ailleurs, peu nombreuses sont les lésions qui pourraient ici donner le change.

Nul danger, d'abord, de confondre avec le sarcocèle syphilitique l'*épididymite* ou l'*orchite blennorrhagique*, affections essentiellement aiguës, inflammatoires, douloureuses, transitoires, se produisant à l'occasion d'un écoulement uréthral, etc., etc... — Une seule difficulté se présente quelquefois dans l'espèce. Elle est relative à certains cas dans lesquels on voit se produire sur un sujet syphilitique, à l'occasion d'une blennorrhagie intercurrente, une de ces épididymites subaiguës, indolentes, partielles, qui engorgent presque à froid la tête ou la queue de l'organe. Je me borne pour l'instant à vous signaler cette particularité, sur laquelle j'insisterai tout au long dans une autre série de conférences.

Le *sarcocèle tuberculeux* n'est guère plus difficile à différencier dans la grande majorité des cas. Et cela pour les raisons suivantes : il affecte surtout l'épididyme, bien plus souvent que le testicule ; — il l'affecte en y déterminant des infiltrations plus massives et plus noueuses, des bosselures plus sphériques et bien autrement considérables que les fines bosselures du sarcocèle

syphilitique ;—de plus, il intéresse fréquemment le cordon, et il l'intéresse en lui communiquant une forme noueuse toute particulière, dite moniliforme ; vous savez au contraire combien il est rare, disons mieux, combien il est exceptionnel que le sarcocèle de la syphilis se propage au cordon ; — il ne tarde pas à provoquer une phlegmasie périphérique, d'où résultent des adhérences avec les bourses ; il ne tarde guère plus à suppurer, à déterminer un ou plusieurs foyers qui s'ulcèrent, pour dégénérer en autant de fistules persistantes, d'évolution remarquablement chronique ; — il ne se complique jamais d'hydrocèle, mais en revanche il retentit fréquemment, très-fréquemment, sur la prostate et les vésicules séminales ; — il se montre réfractaire à la médication iodurée, qui exerce au contraire une action si rapidement modificatrice sur le sarcocèle spécifique, etc., etc...

De telle sorte que, tout compte fait, la véritable erreur, et je dirai presque la seule erreur à commettre ici (sans parler de quelques lésions d'ordre bien plus rare) consiste dans la confusion du sarcocèle syphilitique avec le *cancer* ou réciproquement.

Cette dernière erreur, Messieurs, il faut bien le dire, a été commise assez souvent. Elle était inévitable autrefois, alors que l'existence du sarcocèle syphilitique restait encore ignorée; elle n'a pu toujours être évitée même de nos jours.

Et d'une telle erreur, quelle est la conséquence? Cette conséquence, vous l'avez déjà nommée; c'est une *castration* inutile, c'est la perte d'un testicule que l'iodure aurait pu sauver. Or, plus d'une fois, sachez-le bien, des castrations ont été faites à la suite de méprises de ce genre. Dupuytren, Vidal, M. Ricord, et d'autres encore, en ont relaté des exemples que vous pourrez retrouver en compulsant divers recueils, et qui se résument presque toujours en ceci : un malade présente une tumeur d'un testicule; cette tumeur est diagnostiquée « maligne » et enlevée. Quelque temps après, nouvelle tumeur

se manifestant sur l'autre testicule, et reproduisant tout l'ensemble des caractères qu'avait offerts la précédente. Cette fois, un chirurgien plus habile ou le même chirurgien mieux inspiré prescrit le traitement de la vérole, et la tumeur guérit. — Est-ce assez dire si le diagnostic différentiel de ces deux ordres de lésions comporte un intérêt pratique considérable? Insistons donc sur ce diagnostic avec toute l'attention qu'il réclame.

Ce n'est pas assurément avec le cancer adulte ou vieilli, c'est moins encore avec le cancer ulcéré, que le sarcocèle syphilitique risque d'être confondu. Car, à cette époque avancée de son développement, le cancer se distingue aisément par certains caractères des plus frappants, tels que : volume considérable de la tumeur; — forme irrégulière de cette tumeur, présentant de fortes bosselures, de gros marrons; — ulcérations partielles, fongueuses, hémorrhagipares, ichoreuses, très-différentes même du fongus simple comme aspect général.

Mais ce qui expose à l'erreur, c'est le cancer encore *jeune*, non ulcéré. A cette période, en effet, quelques caractères communs donnent aux deux affections qui nous occupent une certaine ressemblance objective. Les signes suivants serviront à les différencier.

Le cancer d'abord est toujours unilatéral. Je ne connais pas, a dit M. Nélaton, d'exemple de cancer ayant atteint simultanément les deux testicules; et, s'il existe, le double cancer des bourses est tellement rare qu'il doit être regardé comme une véritable curiosité pathologique. — Vous savez que, tout au contraire, le sarcocèle syphilitique est fréquemment bilatéral.

Avec le cancer, douleurs lancinantes, souvent déterminées par la pression, le palper, l'exploration des bourses; — indolence absolue du sarcocèle syphilitique.

Avec le cancer : tumeur devenant rapidement plus considérable que ne l'est jamais le sarcocèle syphilitique (réserve faite toutefois pour la variété squirrheuse du

cancer, laquelle est très-inférieure comme volume à l'encéphaloïde); — tumeur de configuration bien plus irrégulière, présentant des bosselures bien autrement accentuées, bien « plus marronnées », que les nodosités pisiformes de l'albuginite; — tumeur de consistance inégale, dure en certains points, et, au voisinage de ces mêmes points, parfois assez molle pour donner une sensation de fausse fluctuation; — tumeur ne présentant pas ces duretés en plaques ou en petits nodules saillants qui caractérisent le sarcocèle syphilitique d'une façon si formelle; — etc., etc...

Ces divers signes permettent, dans la grande généralité des cas, d'instituer le diagnostic différentiel des deux lésions. Parfois cependant l'absence de quelques-uns d'entr'eux ou le caractère indécis de quelques autres n'est pas sans créer un embarras réel. Parfois même, mais cela est rare, la question ne peut être résolue par les seuls signes cliniques, et le médecin est forcé, pour se faire une opinion, de recourir à ce qu'on appelle l'*épreuve thérapeutique*. C'est alors l'iodure de potassium qui doit être administré pour couper court à toute incertitude; c'est l'iodure, en pareil cas, qui devient le juge suprême, l'arbitre du débat.

Et, lorsqu'il est consulté dans cette intention, l'iodure ne tarde guère à rendre sa sentence. Dans un sens ou dans l'autre, il répond à court délai. Quinze jours ne sont pas écoulés, qu'on sait à quoi s'en tenir de par les résultats qu'il a ou qu'il n'a pas produits. Quelquefois même, la question est vidée avant ce terme, dès la fin de la première semaine. En tout cas, si après une quinzaine, après trois semaines au maximum, l'effet thérapeutique a été nul, on peut affirmer à coup sûr que la tumeur n'est pas syphilitique. Sans doute encore, par excès de prudence, il est loisible de prolonger l'épreuve un certain temps, et d'insister plus énergiquement sur le remède. Il ne serait pas sans danger cependant d'excéder une certaine mesure, car avec le cancer les ins-

tants sont comptés, et différer outre mesure l'intervention chirurgicale risquerait de compromettre gravement les intérêts du malade.

L'administration empirique de l'iodure s'impose donc rigoureusement dans les cas où le diagnostic ne saurait être éclairé par les seules ressources de la clinique. Mais il y a plus. Elle est encore formellement indiquée dans tous les cas où la spécificité cancéreuse de la lésion testiculaire ne ressort pas avec une évidence absolue des signes fournis par la tumeur. Si peu qu'il y ait un doute ou l'ombre même d'un doute, si peu que subsiste l'incertitude la plus légère, la prudence commande d'interroger l'iodure avant de prendre le bistouri. Plusieurs fois, en effet, on a amputé des testicules qui, diagnostiqués dûment cancéreux, ont été reconnus syphilitiques..... quand il était trop tard. Avis aux praticiens. L'iodure est la sauvegarde contre la possibilité de semblables erreurs.

Traitement. Quelques mots suffiront sur le traitement, tant il est simple.

Vous le savez déjà, Messieurs, par ce qui précède, le vrai remède, le grand remède ici, c'est l'*iodure de potassium*.

De l'aveu général, de par l'expérience commune, l'iodure est le remède par excellence à opposer aux diverses formes du sarcocèle syphilitique, notamment aux formes hyperplasique et gommeuse. C'est à lui que sont dues ces guérisons surprenantes dont je vous ai entretenus, doublement surprenantes et par l'intensité du résultat acquis et par la rapidité de l'action thérapeutique. Dès la première semaine du traitement, en général, déjà l'influence curative s'annonce d'une façon appréciable. Et, dans les cas moyens, trois, quatre, cinq semaines au plus, suffisent souvent pour rendre au testicule dégénéré et son volume normal et sa souplesse physiologique. — C'est donc à l'iodure qu'il faut toujours avoir

recours, à toute période, contre *toutes* les formes de la maladie.

Le mercure, assurément, est loin d'être sans action sur le sarcocèle syphilitique. De nombreuses et probantes observations en feraient foi, au besoin. Mais, à part l'épididyme secondaire sur lequel il exerce une influence marquée, le mercure se montre ici très-inférieur à l'iodure. Il agit plus faiblement et plus lentement. Chose remarquable aussi et d'ailleurs remarquée par plusieurs médecins, il se montre d'autant moins puissant que la lésion est plus tardive, plus tertiaire, si j'ose m'exprimer ainsi. Modérément actif contre le sarcocèle d'une étape jeune encore de la diathèse, il ne jouit plus d'égales propriétés résolutives contre les sarcocèles qui se développent au cours d'une vérole vieillie. On l'a vu notamment rester « assez inactif » contre le fongus gommeux testiculaire.

Dans ces conditions, inutile donc de s'adresser au mercure pour le traitement de la maladie qui nous occupe, sauf indications dérivant d'autres manifestations concomitantes. L'iodure suffit, et il suffit amplement. Quel avantage y aurait-il à compliquer la médication par l'emploi combiné d'un remède superflu? Tout au plus l'indication se présenterait-elle d'avoir recours au traitement mixte, si la lésion se montrait tant soit peu rebelle à l'iodure, ce qui n'est que l'exception rare, comme nous l'avons établi précédemment.

En tant que *médication locale*, on a préconisé l'emploi des pommades iodurées, iodées, mercurielles, etc., comme aussi d'emplâtres non moins variés. Je n'attribue pour ma part que bien peu d'action à ces divers topiques, et je crois que la routine seule en perpétue l'emploi. — De même, vantée bien à tort par quelques médecins, la compression m'a toujours paru dépourvue de toute influence résolutive ; elle est pour le moins inutile. — Le mieux, à mon sens, et le plus simple est de se borner

à couvrir le testicule d'ouate et à prescrire l'emploi du suspensoir. — Ajoutons cependant que des bains tempérés, répétés tous les deux ou trois jours sauf indications contradictoires, semblent n'être pas sans avantages pour favoriser le processus résolutif.

Contre l'*hydrocèle*, qui accompagne fréquemment la lésion testiculaire, rien de spécial à prescrire, et surtout rien à faire chirurgicalement. On s'est quelquefois trop empressé de ponctionner et d'injecter cette hydrocèle symptomatique. C'est là une pratique condamnable en ce qu'elle a le tort d'être inutile. L'hydrocèle *guérit spontanément* en même temps que le sarcocèle, et sous la seule influence de la médication interne. L'iodure en fait bonne justice, mieux que le trocart. En ce qui me concerne, je déclare n'avoir pas vu jusqu'à ce jour un seul cas dans lequel l'hydrocèle ait persisté après résolution du sarcocèle.

La règle donc est de s'abstenir de toute intervention. Que si cependant, par exception, cette hydrocèle venait à subsister après guérison du testicule, le traitement en serait fort simple à instituer ; mais ce traitement, je le répète, ne trouverait son indication légitime qu'au cas où, après résolution complète du sarcocèle, l'épanchement vaginal affecterait de toute évidence un caractère permanent.

Enfin, contre le *fongus*, même inutilité des moyens chirurgicaux. C'est au traitement interne, aidé d'ablutions, de bains, et du pansement le plus simple (cérat, solution iodée) qu'il faut se borner, au moins tout d'abord. Ce traitement a suffi en plusieurs cas pour déterminer la résorption de la tumeur et sa rétraction à l'intérieur des bourses, bientôt suivie de la formation d'une cicatrice froncée et déprimée. Telle est, comme exemple, une très-curieuse et très-instructive observation de M. Simonet, que vous pourrez lire dans la *Gazette des Hôpi-*

taux de 1867. C'est seulement au cas où, après intervention prolongée du traitement spécifique, il resterait en dehors des bourses une certaine portion de la tumeur, qu'il y aurait lieu de recourir aux méthodes chirurgicales ; de même encore, si une cicatrice difforme demandait à être régularisée. En dehors de ces indications particulières, la médication interne doit être seule mise en œuvre, exclusivement.

3501.74. — Boulogne-sur-Seine. — Imprimerie JULES BOYER.